CUESTIONARIO PARA INICIAR PROCESO DE AGENDA ESTUDIO DE PET SCAN

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s)

SEXO : F M | EDAD: _____ | FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ (Día Mes Año) | PESO EN KILOS: _____

DOMICILIO: _____
Calle y Número | Colonia | Ciudad y Estado | C.P

CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO (1): _____ | TELÉFONO (2): _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

¿SE HA HECHO ALGÚN ESTUDIO EN SCANTIBODIES ANTERIORMENTE? SÍ | NO ¿CUÁL? _____

NOMBRE DE MÉDICO QUE SOLICITA ESTUDIO PET-CT (TRATANTE): _____

TELÉFONO DE MEDICO TRATANTE:_____ | CORREO ELECTRONICO DE MEDICO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO/TIPO DE CÁNCER QUE PADECE:

MOTIVO DEL ESTUDIO:

¿Ha recibido **QUIMIOTERAPIA**?	SI	NO
FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____/_____/_____ (Día Mes Año)		
¿Ha recibido **RADIOTERAPIA**?	SI	NO
FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____/_____/_____ (Día Mes Año)		
¿En qué parte del cuerpo recibió Radioterapia?_____		

¿Se puede usted mover por si solo?	SI	NO
¿Utiliza algún aparato para moverse?	SI	NO
¿Cuál? _____		
¿Está usted hospitalizado?	SI	NO
¿Requiere oxigeno suplementario?	SI	NO
Mujeres ¿Está usted embarazada o lactando?	SI	NO
¿Alergias? *(MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, RESPIRATORIAS)*	SI	NO
¿Cuáles? _____		

FAVOR DE INDICAR CIRUGIAS RECIENTES: (Biopsias, tatuajes, aretes, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida con sutura (puntadas):

TIPO DE CIRUGÍA: _____ **FECHA:** _____/_____/_____ (Día Mes Año)

¿Padece usted de **DIABETES**? : **SÍ** **NO**
Si su respuesta es sí, favor de indicar el tratamiento que utiliza para la diabetes: _____

Si usted padece diabetes favor de indicar sus niveles de glucosa recientes de los últimos 5 días:

Día 1: _____/ **Día 2:**_____/ **Día 3:** _____/ **Día 4:** _____/ **Día 5:** _____/

DATOS FISCALES

RAZON SOCIAL: _____
Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s)

RFC: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE	**FECHA** _____/_____/_____ (Día Mes Año)